Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

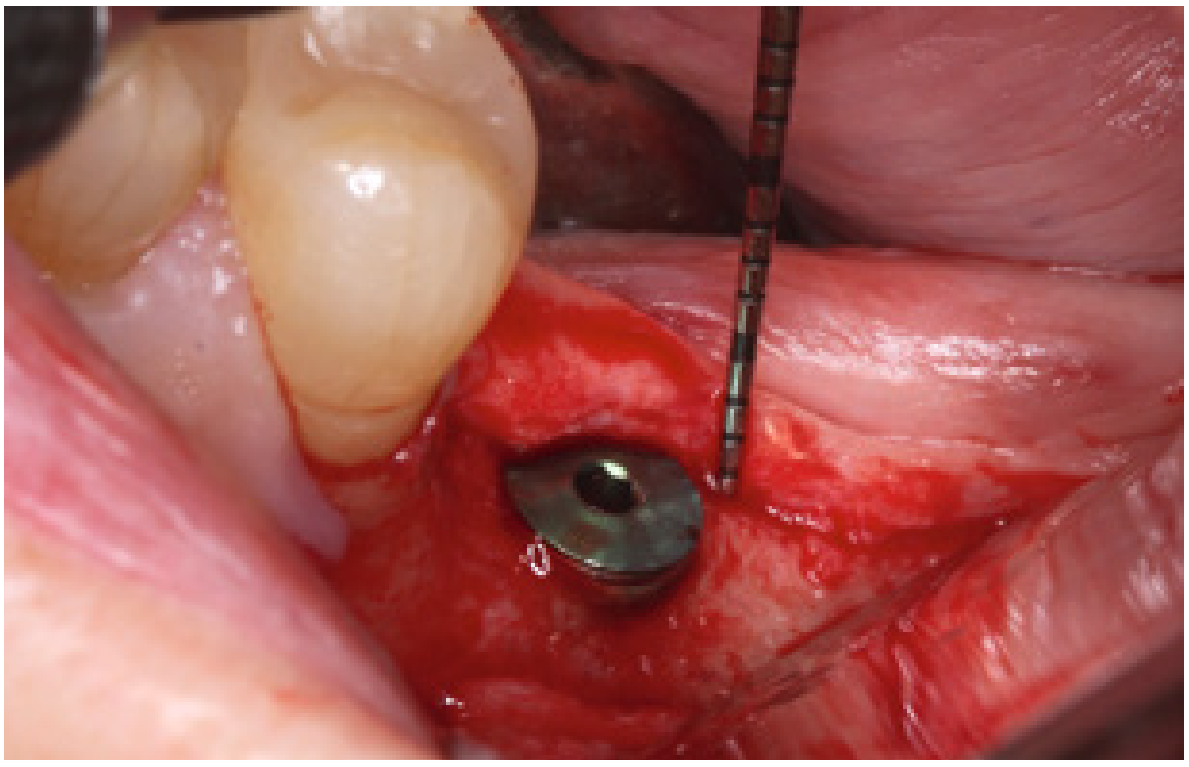
NOVEMBER 2015 | WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL | JAARGANG 5 | NUMMER 9

Tandarts in ggz-instelling
"Je moet heel snel en alert zijn"
Pagina 17

Mondzorg bij vluchtelingen
"Deze mensen moeten geholpen worden"
Pagina 18-20

Kosteneffectieve implantologie
Pleidooi voor welovergewogen materiaalkeuze
Pagina 22-24

"Volledig keramische implantaten sterk in opkomst"



Dikte van het zachte weefsel na augmentatie met een acellulaire dermale matrix. (foto: dr. Tomas Linkevicius, Litouwen)

VAN DE REDACTIE

AMSTERDAM – Sinds het begin van de tandheelkundige implantologie, ruim vijftig jaar geleden, is veel vooruitgang geboekt wat betreft de materialen, technieken en het implantaatdesign. Het deelgebied is zelfs zo volwassen geworden dat van succespercentages van 98% wordt gesproken, ook al valt over de gehanteerde definities van 'succes' te discussiëren.

De vooruitgang heeft geleid tot een overvloed aan mogelijkheden voor de implantologische behandeling. In deze Dental Tribune focussen we onder meer op de keuze voor het materiaal. Zo voorspelt dr. Sammy Noumbissi (pagina 6-8) een sterke opkomst van volledig keramische en metaalvrije implantaten. Hij benadrukt dat de biologische bezwaren van sommige metalen steeds duidelijker worden. "Uit studies is gebleken dat vrijgekomen metaalionen kunnen worden aangetroffen in het omliggende bot, de lymfeklieren, milt en lever, en dat ze in sommige gevallen zelfs de bloed-hersenbarrière kunnen passeren." Verderop bespreekt de Britse tandarts Tuss Tambra de afwegingen bij het vergelijken van de beschikbare implantaatsystemen (pagina 22-24). Hij betoogt dat kosteneffectieve systemen die zijn gebaseerd op een patentvrij design een verstandige optie zijn, mits zij goede onderzoeksresultaten kunnen overleggen.

Dr. Tomas Linkevicius gaat in op de oorzaken van het verlies van crestale botstabiliteit en manieren om botresorptie te voorkomen (pagina 10-11). De Litouwse tandarts-onderzoeker benadrukt dat een voldoende dikte van het verticale zachte weefsel bij een implantaatbehandeling cruciaal is. ■

Versplintering mondzorgrichtlijnen dreigt na oprichting NVPM

TEKST: BEN ADRIAANSE

NIEUWEGEIN/HEEMSTEDE – Al sinds 2013 werd erover vergaderd: het ontwikkelen van breed gedragen praktijkrichtlijnen voor de mondzorg. Na zeer lange en moeizame onderhandelingen werd in oktober 2015 het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) opgericht. KNMT en ANT, ontevreden met de bestuurlijke opzet die volgens hen te ver van de gebruikers (tandartsen) afstaat, trokken zich terug uit het KiMo en richtten op hun beurt de Nederlandse Vereniging Praktijkstandaarden Mondzorg (NVPM) op.

Een goed richtlijninstituut staat of valt met het draagvlak vanuit degenen die met de richtlijnen aan de slag zullen gaan. Daarom zal de sleutel voor de 'oplossing' de komende tijd waarschijnlijk bij de beroepsgroep zélf liggen. Om u een goed beeld te vormen van de ontstane situatie vindt u in deze Dental Tribune de meningen van beide kampen. Prof. dr. Rob Burgersdijk, voorzitter van de Federatie van Wetenschappelijke Verenigingen (FTW) en directeur a.i. van het pas opgerichte KiMo, vindt de gang van zaken 'krankzinnig'. De kersverse bestuurder vindt het belangrijk dat alle partijen goedkeuring verlenen aan het mondzorginstituut en beschouwt een vereniging die wordt opgericht door alleen de twee beroepsverenigingen als een stap in de verkeerde richting. "Als we in de mondzorg na jaren van gesteggel niet eens gezamenlijk richtlijnen kunnen opstellen, gaan we af als een gieter," aldus Burgersdijk.

ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes, mede-initiatiefnemer van de NVPM, werpt tegen dat het erom gaat "dat we de mondzorg vooruit helpen, en dat we niet onder het mom van 'we lopen achter' of 'we moeten eendracht uitstralen' de foute afslag nemen." Volgens de ANT was er onder tandartsen een groeiende onvrede over de manier waarop de richtlijnontwikkeling zich bestuurlijk aan het vormen was. In de verenigingsvorm van de NVPM zouden tandartsen zich beter vertegenwoordigd voelen, stelt Vaartjes.

Hoe zal het nu verder gaan? Op 4 november zijn beide partijen aangeschoven bij Zorginstituut Nederland om over een oplossing te spreken; mogelijk zal één van beide instituten uiteindelijk opgaan in de andere. Gebeurt dat niet, dan dreigt een absurde situatie waarin twee afzonderlijke instituten hun eigen richtlijnen voor de mondzorg gaan opstellen. En zal er in plaats van meer duidelijkheid alleen meer verwarring én vertraging ontstaan.

> lees verder op pagina 4-5

LISTERINE® ZERO™

Minder intense smaak, sterke werking

Listerine® Zero™ efficiënte preventie voor nieuwe patiëntgroepen

Door de innovatieve ZERO™ formule zonder alcohol, met minder intense smaak en optimaal fluoridegehalte, kunnen ook patiëntgroepen die tot nu toe nog geen mondspoeling van Listerine® konden of mochten gebruiken van de preventieve voordelen van Listerine® genieten:

- Minder intense smaak
- Zonder alcohol
- Met hoog fluoride gehalte (220 ppm)

Specifieke voordelen voor de dagelijkse mondhygiëne:

- Listerine® ZERO™ vermindert tandplak[1]
- Listerine® ZERO™ houdt het tandvlees gezond
- Listerine® ZERO™ zorgt voor sterkere tanden en beschermt tegen cariës
- Listerine® ZERO™ zorgt voor een langdurig frisse adem[2]

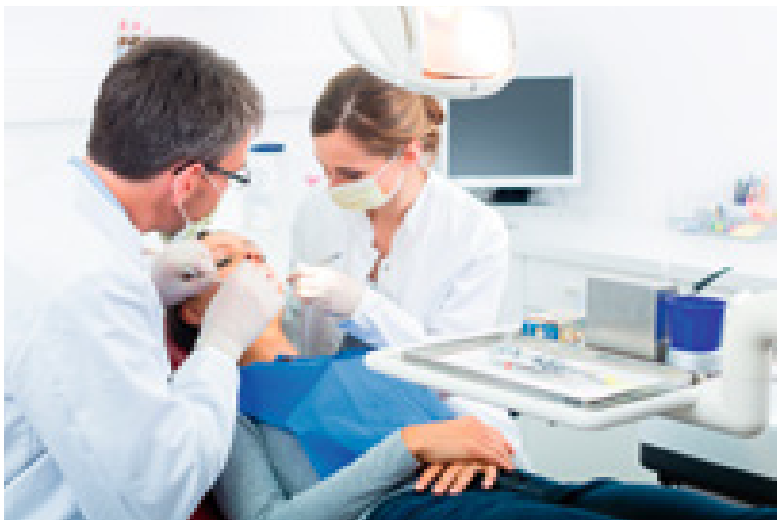
Voor vragen kunt u contact opnemen met de professional informatielijn:
00800 260 260 00 (gratis- enkel via vast toestel)
www.listerine.nl

1. Data on file D, microbiology dossier, McNEIL-PPC, Inc.
2. Pitts, G., et al., Mechanism of Action of an Antiseptic, Anti-odor Mouth rinse. Journal of Dental Research 62: 738-742, 1983.

ivoren kruis

LISTERINE®
VOOR EEN **TOTALE** MONDHYGIËNE

NZa past tarieven orthodontie aan



UTRECHT – De tarieven voor orthodontie worden per 1 januari aangepast. Dat meldt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een persbericht. De NZa wil hiermee onder meer "de financiële prikkel voor het plaatsen van een beugel in twee zittingen verkleinen." De KNMT is verbolgen over deze redenering. "De suggestie wordt gewekt dat orthodontisten patiënten opzadelen met onnodig hoge kosten."

Het tarief voor het plaatsen van een beugel in één sessie gaat als gevolg van de maatregel omhoog; plaatsen in twee sessies wordt juist goedkoper. Hierdoor wordt het verschil in prijs tussen het aanmeten van een beugel in één of twee sessies kleiner. Ook de regels voor het in rekening brengen van de materiaalkosten van een slotjesbeugel en het declareren van materiaal- en techniekkosten worden aangepast.

Met de aanpassingen wil de NZa financiële gronden uitsluiten als reden voor het plaatsen van een beugel in twee sessies. "Door bijvoorbeeld eerst de bovenkaak te behandelen en een paar maanden later de onderkaak, kan de behandelaar een hoger bedrag in rekening brengen dan bij het plaatsen in één zitting. Dit is niet in het belang van de patiënt, omdat de behandeling onnodig duurder wordt." De NZa zegt de tarieven te hebben aangepast "om deze prikkel zo veel mogelijk tegen te gaan".

Deze motivatie voor de tariefaanpassingen valt bij de KNMT niet in goede aarde. "Als orthodontisten sluiten wij onze ogen niet voor onverwachte of onwenselijke effecten van door de NZa opgelegde regels en richtlijnen," zegt Dick Robbe namens de beroepsvereniging van tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten. "Wij hebben dan ook in goed overleg met de NZa gewerkt aan het verbeteren daarvan. Wat ons steekt is dat de NZa beweert dat wij keuzes voor bepaalde behandelingen maken puur om financiële redenen. Dit klopt niet: orthodontisten behandelen op basis van hun diagnose, en kennen steeds meer behandelmogelijkheden. Die benutten ze binnen de regels om hun patiënten de beste zorg te geven."

Beroepsorganisatie ANT reageert iets minder afwijzend op de aanpassingen van de zorgautoriteit. In een reactie stelt de vereniging: "[het is] een verbetering voor tandarts/orthodontist en patiënten dat iedere behandelaar de kosten van de gebruikte brackets kan doorberekenen, ongeacht het type. Hierdoor wordt het systeem veel transparanter." Toch ziet ook de ANT gebreken in de nieuwe tariefstellingen. "Er is weer onvoldoende over nagedacht dat de meeste tandarts/orthodontisten bij voorkeur met één specifiek bracketsysteem werken waarmee zij voor hun patiënten de beste resultaten behalen."

De gehele nieuwe beleidsregel en tariefbeschikking is te lezen op de website van de NZa: www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels; de tarieven gaan in op 1 januari 2016. ■

Tandarts voor tuchtrechter om 'overdosering sufmakers' aan zevenjarige

GRONINGEN – Een tandarts uit Groningen heeft zich voor het Regionaal Medisch Tuchtcollege moeten verantwoorden over de behandeling van een zevenjarig jongetje. Volgens de moeder heeft de tandarts het jongetje een overdosis van een versuffende neusspray gegeven, waardoor hij in het ziekenhuis belandde.

Het jongetje moest na een tandartsbehandeling met spoed in het UMCG worden opgenomen. Het kind was flauwgevallen na het toedienen van een versuffende neusspray, die de tandarts had gegeven om het kind te kalmeren voor de behandeling. De moeder zou op de spoedeisende hulp een geheel lege flacon van de neusspray hebben getoond. Het jongetje is inmiddels hersteld, maar de moeder heeft een tuchtzaak aangespannen tegen de tandarts.

Volgens de tandarts staat niet vast dat het kind onwel werd door een overdosis van de neusspray, maar zou het om een onverwachte bijwerking gaan. Wel geeft de tandarts toe dat zij niet goed op de hoogte was van de juiste toediening van het middel. Het tuchtcollege doet over zes weken uitspraak. (Bron: RTV Noord) ■

Eerste Kamer stemt in met "ingrijpende" klachtenwet

TEKST: MARIEKE EPPING

DEN HAAG – De Eerste Kamer heeft begin oktober ingestemd met het wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Beroepsorganisaties van eerstelijns zorgverleners, waaronder ANT en KNMT, hebben tot op het laatst tevergeefs bezwaar gemaakt tegen het voorstel, dat volgens hen een Amerikaanse claimcultuur in de hand werkt. De nieuwe wet over het leveren van goede zorg en afhandeling van klachten gaat per 1 januari 2016 in.

De nieuwe wet vervangt twee wetten: de Kwaliteitswet zorginstelling en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De wijziging in wetgeving heeft ingrijpende gevolgen voor de tandarts. Zo moet elke tandarts een beroep kunnen doen op een gekwalificeerde klachtenfunctionaris die kan bemiddelen tussen tandarts en patiënt. Ook moet een tandarts binnen zes weken na melding van de klacht een beslissing nemen over de afwikkeling.

Zowel KNMT als ANT ageerde ook de afgelopen weken nog fel tegen het wetsvoorstel. Zo wees de KNMT erop dat de gewenste kwaliteitsimpuls in de nieuwe plannen juist in het gedrang komt. "Het risico op een claim, door de vermenging van de klacht- en claimafhandeling bij de geschillencommissie, heeft negatieve invloed op de openheid van zorgverleners na een incident en tijdens de klachtafhandeling. Hierdoor wordt de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt mogelijk geschaad en bestaat het risico dat er een verzakelijking van de relatie ontstaat. Defensief handelen bij zorgverleners kan hiervan een gevolg zijn. En dat betekent medisch gezien vaak slechtere zorg voor patiënten," stelt de vereniging op haar website. De ANT vreest een toename van het aantal claims en hoge (klachtafhandelings)kosten voor vooral kleinere praktijken; daarnaast vindt de vereniging de termijn van zes weken veel te krap.

Voor de nieuwe regelgeving rondom kwaliteit geldt een overgangsperiode van een halfjaar, voor de regelgeving rondom klachten en geschillen een jaar. Zowel ANT als KNMT hebben stappen gezet om hun leden te ondersteunen bij de invoering ervan. De ANT werkt aan een nieuwe klachtenregeling voor haar leden en gaat onderzoek doen naar de mogelijkheid om een specifieke mondzorg-geschillencommissie op te richten. De KNMT meldt ook dat de bestaande klachtenregeling reeds wordt aangepast naar de nieuwe wetgeving. Daarnaast onderzoekt de vereniging op welke wijze leden zich kunnen aansluiten bij een bestaande of nieuwe geschillencommissie.

De belangrijkste aanpassingen op een rij volgens ANT en KNMT:

- Patiënten krijgen recht op keuze-informatie over de aangeboden zorg, inclusief informatie over tarieven, kwaliteit en ervaringen van andere patienten.
- Medische fouten moeten verplicht aan de patiënt gemeld worden, zowel de aard als de toedracht van het incident, en deze moeten worden vastgelegd in het medisch dossier.
- Praktijkhouders moeten actief de referenties checken van nieuwe tandartsen en mondhygiënisten die bij hen in dienst treden.
- Tandartsen die zorg verlenen aan bepaalde kwetsbare patientengroepen zullen in sommige situaties een Verklaring omtrent het gedrag (VOG) moeten overleggen.
- Praktijkhouders moeten voor hun medewerkers een interne procedure gaan vaststellen waarbinnen medewerkers veilig incidenten kunnen melden en evalueren (Veilig Incident Melden systeem).
- De verplichting om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen komt te vervallen.
- Ontslag wegens ernstig disfunctioneren van een tandarts/mondhygiënist moet worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- De tandarts moet kunnen beschikken over een gekwalificeerde klachtenfunctionaris. Deze zal de patiënt kunnen ondersteunen in het voorleggen van de klacht en bemiddelen tussen tandarts en patiënt. Binnen zes weken moet de tandarts een beslissing nemen over een klacht.
- Als de patiënt het niet eens is met het besluit van de tandarts, kan hij zijn klacht voorleggen aan een onafhankelijke geschillencommissie. Deze zal een bindende uitspraak doen en kan een schadevergoeding toekennen. Net als in de huidige situatie kan de patiënt ook naar de burgerlijk rechter stappen. ■

Directeur KiMo: “Mondzorg gaat af als een gieter”

TEKST: BEN ADRIAANSE

Wranger kon het nauwelijks: op de dag dat na jarenlange voorbereidingen het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) officieel het levenslicht zag, verrasten beroepsorganisaties KNMT en ANT eind oktober door een alternatief richtlijninstituut op te richten. Dental Tribune belde met een geagiteerde prof. dr. Rob Burgersdijk, voorzitter van de nieuw opgerichte Federatie Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen (FTW) en directeur a.i. van het kersverse, maar nu al onder vuur liggende KiMo. “Dit is krankzinnig.”

Wat was uw eerste reactie toen u hoorde van de oprichting van de Nederlandse Vereniging Praktijkstandaarden Mondzorg (NVPM)?

Ik was eerlijk gezegd stomverbaasd. De KNMT had vorige maand, toen de vereniging zich uit het KiMo terugtrok, nog benadrukt de wetenschappelijke verenigingen alle ruimte te bieden voor het opstellen van richtlijnen. Dat het bestuur daarop kennelijk is teruggekomen en bewust een situatie creëert waarin twee richtlijninstituten los van elkaar opereren, is een beschamende ontwikkeling voor de mondzorg. Zeker na de enorm lange aanloop waarin uiteindelijk alle betrokken organisaties akkoord waren met de opzet van het instituut.

Wanneer hoorde u voor het eerst over de NVPM?

Begin vorige week had ik een vergadering met de beide voorzitters om hen te overtuigen bij ons aan boord te blijven. Ik heb ze toen van tevoren allerlei stukken toegezonden omdat ik het overleg transparant wilde voeren, van hun kant kwam niets. Aan het begin van het gesprek heb ik de voorzitters nog enkele zaken aangeboden om een compromis te bereiken, maar toen kwamen ze plotseling met de mededeling een alternatieve vereniging op te richten. Het overleg is verder nog netjes verlopen, maar daarna zijn er van mijn kant uiteraard wat krachttermen gevallen.

De NVPM is in het licht geroepen om individuele tandartsen inspraak te geven, zodat een breed draagvlak voor de richtlijnen ontstaat. “Richtlijnen mogen niet vanuit een ivoren toren over de mondzorg worden uitgestrooid,” aldus de ANT.

Dat het KiMo tandartsen weinig inspraak zou geven, is pertinent onjuist en daaruit blijkt dan ook dat deze verenigingsbesturen geen verstand hebben van de procedures waarlangs de richtlijnen ontwikkeld worden. De richtlijnadviescommissie, die de op te stellen richtlijnen inventariseert en prioriteert, wordt in grote mate door de professie zelf aangestuurd. Onder meer de peilstations spelen hierbij een belangrijke rol. Ook bij de richtlijnautorisatieraad zitten alle partijen aan tafel, evenals bij de commissie die de richtlijnen concreet ontwikkelt. Iedere conceptrichtlijn gaat eerst een brede commentaarronde in voordat er überhaupt geautoriseerd wordt. Op alle terreinen is de professie dus aan zet, uiteraard, anders krijg je slechte richtlijnen zonder draagvlak. En ook al *zouden* alleen de wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn, dat zij dan gelijkgesteld worden aan een ivoren toren vind ik schokkend. Het is bijna een belediging voor het goede werk dat deze verenigingen namens hun leden doen, leden die ook bijna allen lid zijn van een beroepsvereniging.

> *Het KiMo is volledig democratisch tot stand gekomen*

Dat de KNMT een maand geleden uit de onderhandelingen stapte, had overigens helemaal niet te maken met een gebrek aan inspraak voor individuele tandartsen, maar met het eisen van vetorecht op een aantal terreinen en andere manieren om meer sturende invloed te krijgen binnen het instituut, omdat de KNMT de grootste financiële bijdrage levert.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten is ontstemd over de oprichting van de NVPM, omdat zij zich buitenspel gezet voelt. Kunt u zich hierin vinden?

Het alleen door tandartsen laten opstellen van de richtlijnen, zonder daarbij de mondhygiënisten en tandprothetici te betrekken, is een standpunt dat misschien twintig jaar geleden nog verkondigd kon worden, maar zeker niet meer strookt met deze tijd nu in de mondzorg zo nauw wordt samengewerkt. Het Kwaliteitsinstituut schrijft bovendien voor dat alle beroepsgroepen in het veld bij het overleg betrokken moeten worden. Beroepsgroepen buitenspel zetten druist daar volledig tegenin (volgens KNMT en ANT krijgen o.a. de NVM en ONT zitting in de adviesraad van de NVPM, red).

Daarnaast zou de onafhankelijkheid een pluspunt zijn van de NVPM. Overheidsbemoeienis wordt bij deze nieuwe vereniging volledig uitgesloten.

Dat het Ministerie van VWS het KiMo voor een afgebakende periode subsidie verleent om de richtlijnen van de grond te krijgen, wil niet zeggen dat er van enige inhoudelijke politieke inmenging sprake is; deze startsubsidie is in het verleden aan alle beroepsgroepen verstrekt. De enige voorwaarde van VWS is dat het instituut onafhankelijk is. Juist door het KiMo democratisch tot stand te laten komen met goedkeuring van alle partijen in de mondzorg, voldoen wij aan die voorwaarde. Ironisch genoeg komt de NVPM alleen uit de koker van de twee beroepsverenigingen, zodat zij meer controle kunnen krijgen over de ontwikkeling van richtlijnen. Een volstrekt afhankelijke vereniging dus (hetgeen KNMT en ANT bestrijden, red).

KNMT en ANT zeggen met de NVPM nadrukkelijk de samenwerking te zoeken met de wetenschappelijke verenigingen. Die hebben zich echter gecommitteerd aan het KiMo. Wat denkt u dat deze verenigingen zullen doen?

Het lijkt me sterk dat de wetenschappelijke verenigingen zich aan de NVPM willen verbinden, omdat zij alle hebben ingestemd met de statuten van het KiMo. Bovendien hebben de wetenschappelijke verenigingen recent het standpunt ingenomen dat als de KNMT ‘de baas wilde spelen’ bij de richtlijnontwikkeling, zij niet mee zouden doen. Vanuit dat oogpunt wordt het nu welhaast onmogelijk voor de NVPM om wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen te ontwikkelen.

Prof. dr. Rob Burgersdijk, directeur a.i. van het KiMo.

Hoe verwacht u dat het nu verder gaat?

Ik verwacht dat Zorginstituut Nederland de beide partijen binnenkort om tafel wil hebben om te kijken of er iets te redden valt. Lukt dat niet, dan zal ZiN moeten beoordelen welk instituut het beste voldoet aan de wettelijke voorschriften. Vervolgens kun je toch verwachten dat slechts één partij als officieel richtlijninstituut zal gaan fungeren. In de tussentijd is de Federatie best bereid opnieuw met KNMT en ANT in gesprek te gaan en terug te gaan tot de statuten waar we eerder overeenstemming over hadden. Verder toegeven aan hun eisen gaan we echter niet meer.

Wat moet de gemiddelde tandarts van dit alles denken?

Vooralsnog zou ik de professie adviseren om de volgende ontwikkelingen af te wachten. Maar we kunnen wel stellen dat de individuele mondzorgprofessional door dit politieke gesteggel met alle verwarring en vertraging van dien de verliezer is. De richtlijnen worden immers opgesteld ten behoeve van hen.

Richtlijnen zijn geen bedreiging en zijn ook niet bindend; het zijn adviezen over hoe te handelen die de professie ondersteunen om *state of the art* te werken. De beroepsgroep moet zich realiseren dat als zij zelf geen richtlijnen opstelt, de zorgverzekeraars er misschien mee komen. Zijn onze richtlijnen er eenmaal, dan hebben ook de zorgverzekeraars ze te volgen. Gelukkig blijkt uit onderzoek onder mondzorgprofessionals dat het draagvlak voor werken met richtlijnen sterk is toegenomen.

Het is krankzinnig dat de zaak door deze ontwikkelingen nu zo overhoop ligt, en het is te hopen dat we de zaken snel weer op de rails hebben. Als we in de mondzorg na jaren van gesteggel niet eens gezamenlijk richtlijnen kunnen opstellen, dan gaan we af als een gieter. ■

ANT: “NVPM creëert meeste draagvlak onder tandartsen”

TEKST: BEN ADRIAANSE

Nu er twee afzonderlijke organisaties voor de ontwikkeling van mondzorgrichtlijnen zijn ontstaan, is het mede aan de beroepsgroep zelf om uit te maken welke bestuurlijke opzet de voorkeur verdient. Evenwichtige beeldvorming is daarbij van cruciaal belang. Daarom sprak Dental Tribune deze week ook met een vertegenwoordiger van het andere ‘kamp’: ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes. “Het is jammer dat er zoveel misverstanden zijn.”

De situatie is er met de oprichting van de Nederlandse Vereniging Praktijkrichtlijnen Mondzorg (NVPM) niet duidelijker op geworden...

Dat is inderdaad zo. Het gaat er echter om dat we de mondzorg vooruit helpen, en dat we niet onder het mom van ‘we lopen achter’ of ‘we moeten eendracht uitstralen’ de foute afslag nemen. Onder onze leden merkten wij (KNMT en ANT, red.) een groeiende onvrede over de manier waarop de richtlijnontwikkeling zich bestuurlijk aan het vormen was. Tandartsen – toch degenen die de richtlijnen in de praktijk gaan gebruiken – voelen zich onvoldoende vertegenwoordigd in het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo). Een gebrek aan draagvlak ligt dan op de loer.

Toch is het KiMo opgezet door de gezamenlijke wetenschappelijke verenigingen en andere belanghebbenden in de mondzorg. Deze vertegenwoordigen toch juist de beroepsgroep?

Het is de vraag in hoeverre wetenschappelijke verenigingen die vaak een meerderheid van algemeen practici als leden hebben, daadwerkelijk mandaat hebben of krijgen van hun leden als ze de huidige opzet van het KiMo zouden voorleggen. De KNMT en ANT zijn de afgelopen week overweldigd met steunbetuigingen. Ik ben zelf lid van een aantal wetenschappelijke verenigingen, maar heb vanuit deze verenigingen nauwelijks informatie ontvangen over de vorderingen met de Federatie en het KiMo en de daarin gemaakte keuzes. In hoeverre vertegenwoordigen zij dan écht het veld? Als individuele tandartsen mee kunnen stemmen over de gang van zaken in een richtlijnenvereniging, voelen zij zich veel meer betrokken.

> “Wij merkten groeiende onvrede over de richtlijnontwikkeling”

De afgelopen week is het beeld ontstaan dat KNMT en ANT ‘plotseling’ met de NVPM op de proppen kwamen. Is er een ommezwaai gemaakt?

De breuk met het KiMo was al enige tijd aan het ontstaan, ook al waren wij als ANT formeel nog bij het richtlijninstituut betrokken. Aan de onderhandelingstafel heb ik er meerdere keren op aangedrongen de KiMo een vereniging te maken waar tandartsen lid van kunnen worden, zodat er meer draagvlak ontstaat. Dat verzoek werd helaas telkens afgewezen. Ik heb benadrukt dat bij een verenigingsvorm de leden met hun contributie zelf voor de financiering zorgen, maar ook daarin vond ik geen gehoor. Misschien, kunnen we achteraf stellen, zaten er gewoon te veel partijen aan tafel.

Ik heb dus op allerlei manieren iets proberen te veranderen; dat wij ‘uit het niets’ zijn uitgestapt, daar herken ik mij dan ook niet in. Uiteindelijk zijn KNMT en ANT gesprekken aangegaan en hebben we besloten zelf het NVPM te lanceren.

In allerlei zorgsectoren is de structuur vergelijkbaar als bij de NVPM, denk maar aan de huisartsen. Het succes daarvan sterkt ons in de juistheid van onze opzet. Een structuur zoals het KiMo kom je nergens anders in de zorg tegen. In alle andere sectoren is de beroepsgroep immers zélf eigenaar van het kwaliteitsinstituut.

Is het ‘zelf financieren’ van de richtlijnvereniging voor de ANT een belangrijk punt?

Zeker, want als die eigen financiering er niet is, creëer je afhankelijkheid van derden. Er is nu weliswaar een subsidie verleend door het Ministerie van VWS, maar deze zal een keer aflopen en dan is het de vraag welke financieringsvorm ervoor in de plaats komt. Dat is toch een gevaar. Als de KNMT en ANT het niet betalen, hoe wordt het dan geregeld? Bovendien is de subsidie potentieel niet zo onschuldig als deze lijkt. Zo heeft VWS als nieuwe voorwaarde gesteld dat er iemand met een functie in het Zorginstituut in de raad van toezicht komt. Waar houdt de bemoeienis op en wat gebeurt er over drie jaar? De overheid heeft in het verleden niet altijd het beste voor gehad met tandartsen.

Toch zal de NVPM nooit zoveel ‘onafhankelijkheid’ kunnen uitstralen als het KiMo, waarbij alle betrokken mondzorgpartijen aan tafel zitten. De NVPM is alleen door de beide beroepsorganisaties opgericht.

De NVPM is een vereniging waarbinnen individuele KNMT- en ANT-tandartsen kunnen stemmen en dat zijn er meer dan 8000; de KNMT en ANT krijgen ieder slechts één stem en hebben daardoor geen invloed op richtlijnen en de aanstelling van bestuursleden. Zij zorgen slechts voor de financiering en zullen alleen ingrijpen als deze uit de hand loopt. Vergelijk dat maar eens met een niet-transparante stichting met alleen mensen buiten de mondzorg in de raad van toezicht.

Intussen heeft ook de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) sceptisch gereageerd op de oprichting van de NVPM. Die voelt zich “buitenspel gezet” omdat de richtlijnen nu door de tandartsen zélf en niet mondzorgbreed ontwikkeld worden.

Het is jammer dat er dit soort misverstanden zijn. Mondhygiënisten en ook tandprothetici worden helemaal niet buitenspel gezet. Ze krijgen exact dezelfde positie als die ze in het KiMo zouden krijgen, namelijk in de adviesraad. Bij de richtlijnen die hen aangaan, worden zij op dezelfde wijze geconsulteerd als in het KiMo, namelijk in de ontwikkeling. Er is dus helemaal geen verschil, behalve in het feit dat het een vereniging is van individuele tandartsen. Wij nodigen iedereen uit om mee te doen. Ook hier zou ik graag de vergelijking met andere zorgsectoren maken. Ik heb nooit gehoord dat huisartsen verpleegkundigen buitenspel zetten omdat hun richtlijnen door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden ontwikkeld.

Jullie nodigen iedereen uit om mee te doen, in het bijzonder de wetenschappelijke verenigingen. Maar die hebben zich al aan het KiMo verbonden. Gaat dit problemen opleveren?

Aangezien KNMT en ANT slechts een faciliterende rol zullen spelen binnen de NVPM, vraag ik me af waarom wetenschappelijke verenigingen niet met ons in zee zouden willen. Ik durf te betwijfelen of de steun van wetenschappelijke verenigingen aan het KiMo wel zo sterk is. Ook afgezien van de wetenschappelijke verenigingen moeten er genoeg wetenschappers te vinden zijn die graag deze handschoen oppakken. Verder zoeken wij samenwerking met de NHG, CBO en het Kennis Instituut van de Medisch Specialisten (KIMS), zodat van hun infrastructuur gebruik gemaakt kan worden bij de ontwikkelingen van richtlijnen. De NVOI huurde onlangs zelf ook het CBO in voor de ontwikkeling van de richtlijn overkappingsprothese.

Jan Willem Vaartjes, voorzitter van de ANT.

Hoe verwacht u dat het verder gaat?

Ik verwacht dat er maar één model toekomst heeft: het model waarbinnen het veld eigenaar is van het kwaliteitsinstituut. De tandartsen zijn degene met de kennis op hun vakgebied en zullen uiteindelijk kiezen welk instituut draagvlak heeft. Het is jammer dat de Federatie het niet heeft aangedurfd een organisatie op te richten die voor tandartsen echt democratisch is. Dit doet mij vermoeden dat ook de Federatie vreest voor weinig vertrouwen binnen de beroepsgroep. Nu de beroepsgroep duidelijk heeft wat de verschillen zijn, denk ik niet meer dat ze voor het KiMo-model zullen kiezen.

U verwacht, met andere woorden, dat het KiMo zal verdwijnen en plaatsmaken voor de NVPM?

De tandartsen zijn nu aan zet. Het is aan hen om te bepalen wat ‘het’ richtlijninstituut is, maar het lijkt me zeer onwaarschijnlijk dat het KiMo daarvoor genoeg draagvlak krijgt. ■

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofdredacteur/uitgever
Ben Adriaanse, MSc

Redactie
Marieke Epping, MSc
Joann Hebben, MA
Gerrit Jan Logt, MA

Cartoons
Mark van Eijk

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl.
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het mondzorgvak.

Aanmelden
De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeen-practici, tandartsen-specialisten, mondhygiënisten, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop
Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl.
Laura Bogaers, medewerker mediaorder.
Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

© 2015 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

PRAKTIJKBEGELEIDING TRAINING
INTERIM MANAGEMENT COACHING

Cursussen voor tandartsen:
- De Tandarts aan de Leiding
- Selectie van personeel
- Effectieve gespreksvoering
- Klachtenbehandeling en conflicthantering

Cursussen voor assistenten:
- Communicatie
- Omgaan met lastig gedrag
- De coördinerende assistente

Teamtrainingen
- Samenwerken
- Teambuilding

Protocollen
- RooDent™ - Hygiëneprotocol
- RooTocol™ - Personeelsprotocollen

ROOVOS
www.roovos.nl
info@roovos.nl
020 - 3306184

“Patiënten dringen aan op metaalvrije implantologie”

Dr. Sammy Noumbissi is oprichter van de International Academy of Ceramic Implantology. (foto eigendom van dr. Sammy Noumbissi)

TEKST: CLAUDIA DUSCHEK, DTI

Er is veel vooruitgang geboekt op het gebied van materialen, technieken en design van implantaten sinds het begin van de tandheelkundige implantologie, ruim vijftig jaar geleden. Hoewel titanium en titanium-legeringen altijd in gebruik zijn geweest, startte al in de vroege jaren zeventig de zoektocht naar metaalvrije implanteerbare materialen. In het laatste decennium is zirkonia ontdekt als het meest betrouwbare implanteerbare biokeramiek. De International Academy of Ceramic Implantology (IAOCI) richt zich volledig op keramische en metaalvrije alternatieven voor tandheelkundige implantaten. De organisatie werd in 2011 opgericht door ***dr. Sammy Noumbissi,*** *met wie Dental Tribune Online in gesprek ging over de missie van de IAOCI en de huidige staat van keramische implantologie.*

Waar komt de interesse voor keramische implantaten vandaan?

Het gebruik van dentale implantaten om elementen te vervangen is in de laatste vijftien jaar snel toegenomen. Gepaard aan deze toename is ook het aantal fabrikanten gegroeid. Ook hebben we de introductie van verschillende soorten legeringen van titanium gezien.

Nu zien we dat, net als bij elk farmaceutisch of medisch product, de toegenomen vraag en veranderingen in productiemethodes problemen en uitdagingen met zich meebrengen. Hoewel er eerst slechts anekdotische rapportages waren over intolerantie voor titanium en titaniumlegeringen, zien we nu dat dit in toenemende mate wordt gerapporteerd en onderzocht in de tandheelkundige literatuur. Gebaseerd op de huidige beschikbare wetenschappelijke kennis kan deze intolerantie voor implantaatlegeringen grotendeels worden toegeschreven aan het vrijkomen van metaalionen in het geïmplanteerde bot en omringende weefsel. Dit wordt veroorzaakt door de afbraak en corrosie van de metalen legeringen wanneer zij in aanraking komen met lichaamsvloeistoffen en het orale milieu. Deze feiten zijn bijvoorbeeld in de orthopedie al bewezen.

Eind jaren zestig van de vorige eeuw begonnen pioniers van de keramische implantologie – in het bijzonder prof. dr. Sami Sandhaus – de zoektocht naar metaalvrije implanteerbare keramische materialen. De meeste van de materialen die toen gevonden werden, bleken ongeschikt: hun monokristallijne structuur was niet bestand tegen het orale milieu. Daarna kwamen de polykristallijne keramieken en rond het jaar 2000 werd het biokeramiek Yttria-gestabiliseerd zirkonia het ‘favoriete’ materiaal voor intraossale dentale implantaten.

Hoe bent u bij het onderzoek naar keramische implantaten betrokken geraakt?

Dat heeft eigenlijk in twee zaken zijn oorsprong. Ten eerste op persoonlijk vlak, toen werd vastgesteld dat de metalen vullingen en het implantaat dat ik zelf had, de veroorzakers waren van een aantal van mijn gezondheidsproblemen. Ten tweede op professioneel vlak, toen ik bij een aantal patiënten bij wie ik een metalen implantaat had geplaatst, na beschouwing van hun medische en tandheelkundige voorgeschiedenis, constateerde dat die metalen implantaten op zijn minst deels verantwoordelijk waren voor de gezondheidsproblemen van deze patiënten.

Na deze ‘ontdekkingen’ ging ik actief op zoek naar alternatieven en spitte de wetenschappelijke literatuur door, waarbij ik case reports uit zowel de tandheelkunde als de orthopedie bestudeerde. Het werd mij duidelijk dat biokeramische materialen zich de laatste twintig jaar hadden bewezen in zowel de geneeskunde als de tandheelkunde als meest bio-inerte implanteerbare materialen die beschikbaar zijn. In 2011 heb ik daarom met twee collega’s besloten de IAOCI op te richten.

> *Het aantal keramische implantaten zal in vijf jaar verdubbelen*

Wat is het doel van de IAOCI?

Wereldwijd bestaan verenigingen en academies rondom allerhande beroepen, markten en industrieën. Het doel dat al dit soort groepen gemeenschappelijk hebben, is het organiseren en creëren van een ondersteunende omgeving voor alle mensen die zich inzetten in het specifieke vakgebied. De IAOCI is met precies datzelfde doel opgericht. Niet alleen om de metaalvrije implantologie te organiseren, maar ook om de beroepsgroep als geheel te voorzien van kwalitatieve en hoogstaande educatie over biokeramische implantologie. Daarnaast is de IAOCI een bron voor patiënten die op zoek zijn naar behandelaars die ervaring hebben met biokeramische implantaten.

Wat zijn volgens u de gevaren van metalen implantaten?

Metalen implantaten en vooral titaniumimplantaten zijn zeer succesvol geweest. Hun gebruik is exponentieel gegroeid en daarmee is ook het aantal fabrikanten toegenomen, evenals het aantal productiemethoden. Als gevolg daarvan worden steeds meer legeringmetalen gemengd met titanium bij het vervaardigen van de implantaten. Het probleem begint zodra het metalen implantaat – of het nu een hooglegering is of niet – geplaatst is: dan komt het direct onder invloed van functionele stress, galvanisatie, lichaamsvocht en het heftige orale milieu. De combinatie van mechanische, chemische en elektrische ‘druk’ op het implantaat veroorzaakt scheuren en deuken in het metaal, evenals breuken in de oxidelaag, waardoor het implantaat gaat corroderen. Deze corrosie, wat in feite een oxidatieproces is, leidt tot het vrijkomen van metaalionen die zich in de omliggende weefsels en verder in het lichaam verspreiden. Uit studies is inmiddels gebleken dat die metaalionen kunnen worden aangetroffen in het omliggende bot, de lymfeklieren, milt en lever, en dat ze in sommige gevallen zelfs de bloed-hersenbarrière kunnen passeren.

Welke alternatieven voor metalen dentale implantaten zijn er op dit moment op de markt?

Vandaag de dag is het best onderzochte en bewezen alternatief zirkoniumdioxide, ook bekend als zirkonia. Dit materiaal heeft zichzelf ook bewezen in de orthopedie. Zirkonia is de kristalfase van zirkonium en is dus geen metaal. Er zijn verschillende productiemethoden voor zirkonia voor dentale implantaten, die een variëteit aan polykristallijne biokeramiek opleveren, zoals zirkonia-versterkt aluminium, isostatisch geperst zirkonia en Yttria-gestabiliseerd zirkonia. De gemeenschappelijke en belangrijkste eigenschappen van deze materialen zijn de inertheid in het bot en orale milieu, structuurstabiliteit, afwezigheid van elektrische activiteit, extreem lage plaqueretentie en superieure esthetiek.

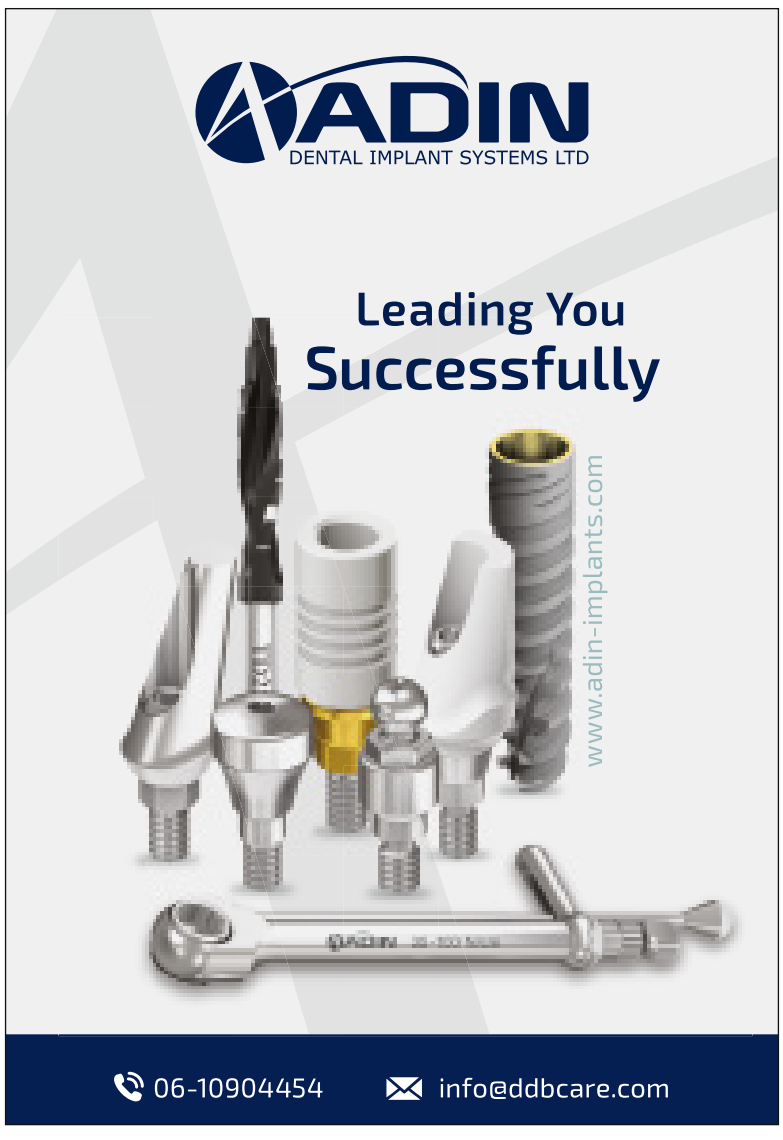
Zijn de behandelresultaten van metaalvrije implantaten vergelijkbaar met die van titaniumimplantaten?

In de vroege dagen van deze materialen waren er vele uitdagingen. Het keramiek had een monokristallijne structuur met een hooggepolijst en bijna glazen oppervlak, waardoor de implantaten zeer kwetsbaar waren en er bijzonder weinig aanhechting van botvormende cellen was. De productiemethoden, ontwerpen, oppervlakteaanpassingen en implanteertechnieken voor zirkonia zijn sindsdien sterk ontwikkeld, tot een punt waarop botintegratie verzekerd is en vergelijkbare resultaten worden behaald.

Zijn keramische alternatieven de toekomst voor dentale implantaten?

Elke marktvoorspelling voor de implantologie voorspelt goed nieuws voor de toekomst. Implantaten zijn en zullen in de toekomst breed geaccepteerd zijn door zowel patiënten als professionals. Beide groepen zijn het erover eens dat dit een state-of-the-art behandeling is. Tegenwoordig is het publiek echter veel meer op de hoogte van gezondheidszaken

> lees verder op pagina 8



Verzekerd van tevreden patiënten en een volle agenda?

Daar tekent u toch voor…

Kent u de voordelen van
het Dentalliance programma?

www.dentalliance.nl of neem contact op
via telefoonnummer 036 53 58 654

DENTALLIANCE
HENRY SCHEIN®

> vervolg van pagina 6

en behandelingen. We bevinden ons eigenlijk in een vergelijkbare situatie als met de Invisalign-beugels een aantal jaar terug, in die zin dat patiënten de tandarts in de richting van metaalvrije implantaten sturen. Ik denk dat het aantal keramische implantaten in vijf jaar tijd verdubbeld zal zijn.

Bio-inerte materialen zijn de toekomst voor alle typen implanteerbare apparatuur. Ik denk dat biokeramische materialen zichzelf gevestigd hebben en niet zo snel uit het veld zullen verdwijnen, omdat er een sterke stroming is ontstaan richting minimaal-invasieve en laagrisicogezondheidszorg, tegelijk met de wens voor een meer natuurlijke, geïntegreerde en biologische aanpak. Daarnaast hebben producenten zich razendsnel ontwikkeld en het materiaal en implantaatontwerp aangepast aan de klinische noden en wensen. Inmiddels is er een breed assortiment aan implantaatontwerpen, oppervlakte-microstructuren, componenten en prothetische verbindingen waarmee keramische implantaten toepasbaar zijn in een uitgebreid scala aan tandvervangingen.

Tandartsen hebben wellicht twijfels over de betrouwbaarheid van keramische implantaten. Hoe pakt uw organisatie deze twijfels aan?

Zelfs binnen gespecialiseerde vakgebieden is er altijd een rol weggelegd voor organisaties, omdat de wetenschappelijke kennis met de snelheid van het licht vooruitgaat vergeleken met twintig jaar geleden. Wanneer er een omgeving is ontstaan waarin mensen veel tijd en energie steken in het volgen, leren en delen van innovatieve technieken en materialen, zullen deze mensen een forum willen waar zij informatie, training en vaardigheden kunnen opdoen. Zo kunnen zij de beste zorg leveren aan hun patiënten op een *evidence based* manier.

Ons ledenaantal is de afgelopen twee jaar verdubbeld. Wanneer wij onze nieuwe of toekomstige leden vragen waarom zij zich (willen) aansluiten, is de meest gehoorde reden dat men een forum zoekt om gestructureerde informatie en training kunnen vinden. Een andere veelgehoorde reden is dat tandartsen van hun patiënten vragen krijgen over keramische implantaten. Door technologie en de toegankelijkheid van informatie zijn patiënten soms sneller op de hoogte dan drukke clinici als wij.

Volgend jaar houdt de IAOCI haar vijfde Jaarlijkse Wintercongres in Montego Bay, Jamaica. Wat kunnen bezoekers van dit evenement verwachten?

Op het congres zal het laatste decennium aan ontwikkelingen binnen de keramische implantologie centraal staan. We hebben veertien sprekers uit zeven verschillende landen die hun ervaringen met verschillende keramische implantaatsystemen zullen delen. Een van hen heeft meer dan vijftien jaar ervaring met zirkonia-implantaten gedocumenteerd. Ook hebben we verschillende workshops met implantaatsystemen, regeneratieve producten en revolutionaire protocollen voor het versterken van zachte en harde weefsels, die bewezen effectief zijn in het optimaliseren van implantaatregeneratie en stabiliteit op de lange termijn. ■

“Sta altijd open voor wilde ideeën”

TEKST EN FOTO:
CLAUDIA DUSCHEK, DTI

Het concept van osseointegratie, groot gemaakt door implantologie-grondlegger Per-Ingvar Brånemark, wordt al jarenlang gebruikt in de tandheelkunde. Als orthopedisch chirurg en ingenieur treedt Rickard Brånemark in de voetsporen van zijn vader door diens concept te vertalen naar de behandeling van geamputeerden. In een interview met Dental Tribune Online vertelt Rickard Brånemark over de voordelen en toekomstmogelijkheden van osseointegratie van amputatieprotheses en waarom bijeenkomsten als het EAO-congres kunnen en moeten bijdragen aan de synergie tussen het tandheelkundige en medische veld.

Orthopeed en ingenieur Rickard Brånemark, zoon van de grondlegger van osseointegratie en daarmee de dentale implantologie, Per-Ingvar Brånemark.

Hoe is de ontwikkeling van osseogeïntegreerde protheses gegaan?

Het werk dat door mijn vader is gedaan, is het fundament van wat we tegenwoordig in de orthopedie doen. Gebruikmakend van zijn concept heb ik nieuwe behandelingen ontwikkeld voor geamputeerden gebaseerd op osseogeïntegreerde implantaten. Deze behandelingen voer ik inmiddels zo'n 25 tot 30 jaar uit.

Sinds 1998 heb ik voornamelijk in mijn eigen bedrijven gewerkt: Brånemark Integration, het dentale bedrijf dat ik met mijn vader startte, en Integrum, waar alle ontwikkeling van de orthopedische osseointegratie wordt uitgevoerd. Inmiddels zijn er ook verschillende internationale samenwerkingen met universiteiten in Göteborg, Wenen, San Francisco en Chicago. Nu ons Zweedse implantaatsysteem voor de behandeling van geamputeerden is goedgekeurd door de Amerikaanse Food and Drug Administration, werk ik ook aan een orthopedisch osseointegratiecentrum in San Francisco. Daarnaast werk ik nauw samen met het Amerikaanse Ministerie van Defensie, dat vanwege de vele soldaten met een amputatie zeer geïnteresseerd is in ons werk.

Wat is volgens u de grootste uitdaging voor dit type behandeling?

Iets veranderen in het bot is de kern van de osseointegratietechniek. Deze heeft zich inmiddels in miljoenen dentale implantaten bewezen. In de orthopedie worden we echter geconfronteerd met additionele uitdagingen. Zo zijn er bijvoorbeeld nog geen materialen beschikbaar die sterk genoeg zijn om 20 tot 25 jaar aan stevige fysieke activiteit kunnen doorstaan. Daarom werken we continu aan de ontwikkeling van nieuwe materialen en oppervlakten die beter deze hoge krachten kunnen weerstaan.

> “Iets veranderen in het bot is de kern van osseointegratie”

Een andere belangrijke zorg is het mucosale gebied en de huid-

Memodent

OSSIX® PLUS

OSSIX® PLUS is een natuurlijk (via suikers) cross-linked resorbeerbaar collageen membraan voor Guided Bone Regeneration (GBR) en Guided Tissue Regeneration (GTR).

Het OSSIX® PLUS collageen membraan is sinds de lancering in 2001 in meer dan 350.000 casussen wereldwijd toegepast. Met ruim 90 peer-reviewed publicaties behoort OSSIX® PLUS tot de best wetenschappelijk gedocumenteerde barrièremembranen op de markt.

OSSIX® PLUS
Klinische avond:
21 januari 2016
Hands-on Workshop:
22 januari 2016

OSSIX® PLUS voordelen
- Behoud van barrièrefunctie gedurende 4 - 6 maanden
- Betere weerstand tegen resorptie bij expositie
- Voldoende tijd voor optimale regeneratie van botdefecten
- Excellente handling-eigenschappen
- Porcine oorsprong; biedt excellente biocompatibiliteit
- 100% natuurlijke cross-linking door GLYMATRIX™ technologie

Introductie ACTIE 3+1 gratis*

* Combinaties van verschillende formaten zijn mogelijk: het voordeligste membraan is gratis. Actie geldig t/m 31 januari 2016

OSSIX® PLUS

Memodent B.V.
T +31 (0) 53 430 66 63 E info@memodent.nl I www.memodent.nl

penetratie, wat een misschien nog grotere uitdaging is. Het concept waarmee wij werken is eigenlijk hetzelfde als het oude Brånemark-protocol en het botverankerd hoortoestel (ook bekend als 'Baha', red.), in die zin dat wij een glad oppervlak hebben dat geen bevestiging is. Veel onderzoeksgroepen werken wel met een bevestiging, maar voor zover ik weet tot nu toe zonder succes, zeker in de orthopedie. Zoals bij elke chirurgische procedure geldt ook hier dat de uitkomst voor een groot deel afhangt van de vaardigheid van de chirurg.

De laatste zes jaar heeft u zich ook beziggehouden met osseointegratie in combinatie met geïmplanteerde elektroden. Wat houdt dit in?
We ontwikkelen de volgende generatie amputatie-protheses. In aanvulling op het osseogeïntegreerde implantaat zijn we nu in staat om elektroden aan de spieren en zenuwen van de patiënt te verbinden, waardoor hij de prothese met zijn hersenen kan aansturen. Dit zorgt voor een veel betere controle

> *De tandheelkundige en medische wereld moeten meer samenwerken*

over de prothese en geeft ook feedback, zoals dat in de natuurlijke situatie ook gebeurt. Voor het echte functieherstel is dit extreem belangrijk.

Onze concurrenten die hetzelfde willen bereiken, lopen tegen het probleem aan dat er stroomdraden voor de elektroden in/uit het lichaam zouden moeten lopen, met alle infectierisico's van dien, wat hen dwingt op zoek te gaan naar een draadloze manier van overbrengen. In ons systeem hebben we dit fantastische osseogeïntegreerde implantaat, dat wij als kanaal kunnen gebruiken. We laten de draden van het bovenbeen of de bovenarm door het implantaat naar de prothese lopen. Vergelijkbaar met een internetverbinding via een glasvezelkabel is de bedrade bediening van een robotbeen of -arm veel beter, stabieler en robuuster dan de draadloze.

We hebben deze techniek inmiddels succesvol toegepast bij één patiënt. Ons onderzoek is nog in de experimentele fase, maar ik denk dat we hier geweldige resultaten mee gaan boeken in de toekomst.

Denkt u dat osseogeïntegreerde protheses uiteindelijk traditionele protheses zullen vervangen?
Deze behandeling is niet geschikt bij amputaties van het onderbeen door slechte circulatie, die veroorzaakt is door bijvoorbeeld diabetes of vaataandoeningen door roken. Dit is bij ongeveer 90% van de patiëntenpopulatie het geval. Jongere patiënten die hun extremiteiten zijn verloren door een verkeers- of oorlogsongeval, of door musculoskeletale tumoren, zijn zeker kandidaten voor deze behandeling.

Als de technologie zo veelbelovend blijft als nu, zal de meerderheid van de patiënten hier uiteindelijk voor kiezen – net zoals ze nu de keuze hebben voor een los kunstgebit of een implantaatgedragen prothese, waarvan de laatste veel beter is voor de patiënt. Er zal dus een verschuiving plaatsvinden, maar dit kost tijd. De introductie van dentale implantaten kostte zeventien jaar; deze verschuiving zou makkelijk ook tien tot twintig jaar kunnen kosten. Dat we FDA-goedkeuring hebben gekregen en samenwerken met het Amerikaanse leger zou het proces echter flink kunnen versnellen.

Deze behandeling biedt vele alternatieven voor conventionele behandelingen. Er is echter vaak te veel conservatisme in de medische en dentale wereld ten opzichte van innovaties. Ik denk dat we altijd open moeten staan voor wilde, vernieuwende ideeën. Dit onderzoek laat zien wat er in de toekomst misschien mogelijk is. We zijn misschien ooit in staat de gevoelsfunctie terug te brengen in een niet-bestaand ledemaat en daarmee een correct kunstmatig gevoel te creëren. Het toont ook aan dat de tandheelkundige en medische wereld meer met elkaar moet samenwerken. Er zijn veel synergieën en problemen die in beide professies spelen, waar we kennis over kunnen uitwisselen, zoals wij dat doen tussen tandheelkunde en orthopedie. Het idee van het vertalen van kennis was ook ooit het idee achter het EAO-congres, wat nu verworden is tot een puur tandheelkundig evenement. Dit is zonde, omdat we veel meer moeten samenwerken, maar ik denk dat we in de toekomst meer cross-disciplinaire presentaties zullen zien. ■

VERTIMART OP PAD

Exquise

EXQUISE NEXT GENERATION

Vertimart op Pad met Exquise Next Generation

Traditiegetrouw organiseren wij weer een reeks Vertimart op Pad avonden. Dit keer zelfs 26, zodat we echt bij al onze klanten in de buurt kunnen zijn.

Een geweldige mogelijkheid om zonder lange reistijden nader kennis te maken met Exquise Next Generation.

Natuurlijk praten we ook graag met u bij over de huidige versie van Exquise zodat we samen met u uw praktijkautomatisering verder kunnen optimaliseren.

Het programma zal er als volgt uitzien:

19:30 Ontvangst
19:45 De meest recente ontwikkelingen van Exquise en wat u daarmee kunt.
20:15 Demonstratie Exquise Next Generation.
21:00 Pauze
21:20 Hoe en wanneer implementeert u Exquise Next Generation in uw praktijk.
21:45 Vragenkwartier.

U kunt zich inschrijven voor Vertimart Op Pad op www.vertimart.nl, u heeft keuze uit 26 verschillende plaatsen en avonden.

Graag begroeten wij u op een van deze avonden over de toekomst van Exquise praktijkautomatisering.

Berghem 9 november 2015
Heemstede 11 november 2015
Nieuwegein 16 november 2015
Waalwijk 18 november 2015
Ugchelen 23 november 2015
Enschede 25 november 2015
Hengelo 30 november 2015
Rotterdam 1 december 2015
Maastricht 7 december 2015
Emmen 8 december 2015
Maarn 14 december 2015
Twello 16 december 2015
Harlingen 12 januari 2016
Eindhoven 13 januari 2016
Lichtenvoorde 18 januari 2016
Leek 19 januari 2016
Uden 20 januari 2016
Zwolle 25 januari 2016
Delft 26 januari 2016
Kerkrade 27 januari 2016
Garderen 2 februari 2016
Grubbenvorst 3 februari 2016
Kwadijk 9 februari 2016
Zuidwolde (Dr.) 10 februari 2016
Groningen 16 februari 2016
Bergen op Zoom 17 februari 2016

vertimart DENTAL INFORMATION TECHNOLOGIES